

Steinkjer, 31. mars 2022

Til Helse- og Omsorgsdepartementet

v/ Statsråd Ingvild Kjerkol

Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024–27 fra helsefellesskapet i nordre Trøndelag

1. Innledning

Helsefellesskapet i nordre Trøndelag takker for muligheten til å komme med innspill til neste Nasjonale helse- og sykehusplan (2024-27) (NHSP) fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD). Det er både gledelig – og nødvendig at helsefellesskapene blir trukket fram som de viktigste til å gi innspill, og dette er ett god oppfølging av målsetningen i inneværende NHSP om helsefellesskap.

Vi er glade for at den nye helseministeren i sin sykehustale for 2022 var tydelig på at nåværende regjering skal bygge videre på ordningen med helsefellesskap og at disse skal «bli en drivkraft for å forbedre tjenestene til de mest sårbare pasientgruppene» ([Sykehustalen 11.01.2022](#)).

Helsefellesskapet i nordre Trøndelag er glade for at ordningen med helsefellesskap videreføres. Reell likeverdighet og like forutsetninger er nøkkelfaktorer for å kunne gi helhetlige og sammenhengende tjenester. Med forslaget om å endre navnet til Nasjonal helse og samhandlingsplan har vi store forventninger til at denne fra neste periode blir ett omforent helsepolitisk og strategisk planverk for hele helsetjenesten. Det er på høy tid at det kommer på plass en helhetlig og likeverdig plan for alle helsetjenester i Norge.

Helsefellesskapet støtter derfor forslaget om at neste plan blir en nasjonal helse- og samhandlingsplan.

2. Innspill

I. Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?

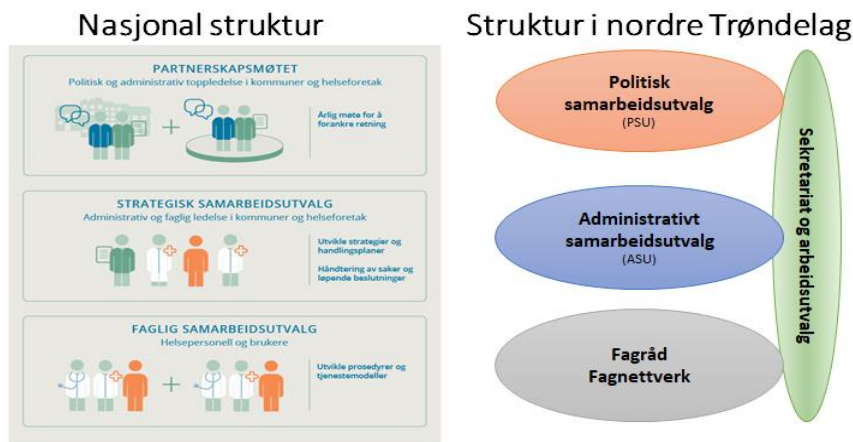
Dagens helsefellesskap i nordre Trøndelag er basert på samarbeidsstrukturer og avtaler som går langt tilbake i tid både på politisk-, administrativt- og faglig nivå, lenge før samhandlingsreformen ble iverksatt.

- **Representasjon**

I tillegg til de ordinære medlemmene fra helseforetaket, kommuneregionen, fastlegene, brukerorganisasjonene og ansattrepresentanter, er også Statsforvalteren og Trøndelag Fylkeskommune



med i både politisk- og administrativt samarbeidsutvalg. Dette sikrer et godt og helhetlig samarbeid om de sakene og prosjektene som tas opp.



- **Sekretariat**

Sekretariatet utgjør ca. to årsverk, ett fra kommunen og ett fra helseforetaket, og er involvert i på alle nivå i helsefellesskapet. Ett felles sekretariat har vært nødvendig for å kunne forberede og følge opp saker i Helsefellesskapet på en god måte. Sekretariatet sikrer at det er en sammenheng mellom saker som tas opp på de ulike nivåene i Helsefellesskapet (politisk, administrativt og faglig). Det er tett samarbeid mellom samhandlingsleder for kommunene og samhandlingsseksjonen i helseforetaket.

Det har vært utfordrende å få etablert sekretariatsfunksjonen på kommunesiden. Statlig tilskudd til finansiering av ordningen har vært viktig for å få den etablert. Erfaringene med samordningen av en kommunal sekretariatsfunksjon er at dette er komplekst, og at det tar tid å få alle kommunene til en omforent løsning.

- **Arbeidsutvalg**

Arbeidsutvalget består av lederne for politisk- og administrativt samarbeidsutvalg (PSU og ASU) i tillegg til sekretariatet. Arbeidsutvalget er hensiktsmessig for å kunne ha en helhetlig tilnærming i saksgangen, samt vurdere sakenes art og innhold slik at disse blir tildelt til riktig nivå.

- **Erfaringer om hva som kreves for å få dette til å fungere**

For å lykkes i helsefellesskap er det nødvendig å ha en god samarbeidskultur i “bunnen”, både på politisk, administrativt og faglig nivå. Denne er stort sett god i nordre Trøndelag, og er utviklet over mange år. Det å lage en struktur og møteorganer er bare en liten del av jobben, og innrammingen for dette er tydeliggjort gjennom ordningen for helsefellesskap.

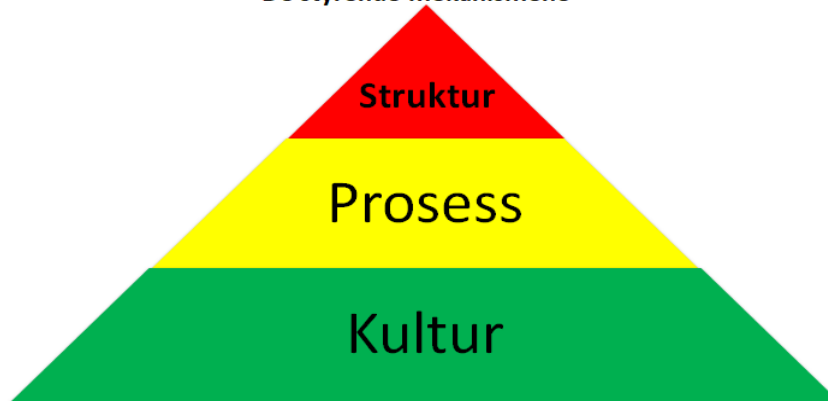
Det aller viktigste i ett helsefellesskap er å skape en god kultur for samhandling. Skal vi lykkes med å bli et godt partnerskap, må vi ville hverandre vel, og spille hverandre gode. Vi har ulike spisskompetanser, og det handler ikke om at alle skal bli like gode på alt.

Disse styrende mekanismene, kan ses i sammenheng i trekanten nedenfor. Både struktur, prosess og kultur er nødvendig for å bygge ett likeverdig og handlekraftig helsefellesskap, men viktigheten av de tre hver for seg gjenspeiler seg i størrelsen de har i trekanten. Det er en god samhandlingskultur som er og blir viktigst, og det blir det viktig å støtte opp under dette i neste NHSP.



«Helsefellesskaps-trekanten»

- De styrende mekanismene



Kort beskrivelse av noen felles prosjekter og satsinger i helsefellesskapet

a) Felles handlingsplan for samhandling

En felles handlingsplan har eksistert i nordre Trøndelag siden 2010, da kommunene og HNT ble enige om en felles strategiplan med navnet «Helhetlige helsetjenester – felles ansvar». Denne ble utgangspunkt for [neste handlingsplan \(2017-21\)](#), og fulgte opp nye krav fra bl.a. samhandlingsreformen, NHSP 2016-19, og nasjonale strategier for utvikling av både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sommeren 2021 startet vi en ny revisjonsprosess for neste fireårsperiode (2022-25). Den reviderte versjonen skal operasjonalisere målsetninger for helsefellesskap, NHSP 2020-23, nytt lovkrav om felles planlegging og utvikling, samt konkretisere tiltak og prioriteringer i helsefellesskapet for de neste fire årene. Det er kjørt en [omfattende revisjonsprosess](#) på handlingsplanen, og ett [utkast har vært ute på høring](#). Et endelig vedtak av Handlingsplan 2022-25 ble gjort [30. mars i et felles møte i PSU og ASU](#).

b) Samarbeidsmøter om felles håndtering av koronapandemien

Helsefellesskapets ordinære møtestruktur og møtetyppighet har stort sett fungert godt, men med utbruddet av koronapandemien ble det raskt klart at det var nødvendig både å møtes oftere og å ha en konkret agenda for informasjonsutveksling. Møtene bidro til god planlegging og dialog om hvordan kommunene og HNT best mulig kunne håndtere pandemien. Vi landet da på å arrangere “onsdagsmøter”, digitale møter på én time, der aktuelle ledere, fagpersoner og kommuneoverleger og nøkkelpersoner hos Statsforvalteren deltok. Det har vist seg å være en effektiv og hensiktsmessig møtearena. Møtet har siden våren 2020 vært arrangert enten hver eller annenhver uke, og det har [så langt blitt avholdt 55 møter](#). I tillegg til å bedre samarbeid og felles håndtering av koronapandemien, har disse møtene vist at det er mulig med effektiv og relevant samhandling mellom kommuner og helseforetak digitalt, og digitale treffpunkter vil i større grad bli brukt i framtiden. Dette sørger også for at vi får involvert flere, spesielt med tanke på at det er lange reiseavstander i vårt helsefellesskap.

c) Samarbeid om rekruttering, beholde kompetanse og oppgaveglidning

Det blir stadig vanskeligere å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Leger og sykepleiere er særlig representert, og den økende mangelen er urovekkende. For å møte disse utfordringene i fellesskap, ble satsingen [Operasjon Helsehelter](#) etablert, først som ett prosjekt, men fra 2021 som en integrert del av helsefellesskapet. Prosjektet har lagt et godt grunnlag for felles satsing på rekruttering og alternative måter å bruke kompetansen til ansatte.



II. Hva opplever helsefellesskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov? Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?

Selv om ordningen med helsefellesskap er opprettet, er fortsatt ansvaret for helsetjenestene delt mellom stat og kommune, og styrt av ulik lovgiving, ulike mål for tjenestene, ulike finansieringssystem og ulike styringsformer. Denne ansvars- og arbeidsdelingen, kulturforskjeller, arbeid i ulike «siloe», samt en stadig økt spesialisering gjør samarbeidet komplekst.

Både problemstillingene og tiltakene som må iverksettes for å nå målene i NHSP oppleves som krevende, både i form av kompleksitet og i arbeidsmengde. Helsefellesskapets sekretariat består to årsverk, og kommunene er små eller mellomstore. Det er begrenset med ressurser til å drive utviklingsarbeid, og helsefellesskapet må gjøre tøffe prioriteringer om hvilke tiltak og satsinger vi skal iverksette i de nærmeste årene.

Ambisjonsnivået i neste NHSP må være noenlunde avstemt med det som er helsefellesskapenes samlede ressurser og kapasitet på å drive med omstillingsarbeid og innovasjoner i tjenestetilbud. Dette gjelder økonomiske rammebetingelser, men også nasjonal tilrettelegging og oppfølging av slike satsinger, herunder å sørge for at kommuner og helseforetak får så like rammevilkår som mulig.

III. Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene overføres til andre helsefellesskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?

a) Sammenhengene helsetjenester til barn og unge

Arbeidsgruppen for samarbeid om barn og unge er oppnevnt av ASU for å jobbe fram rutiner og arbeidsmodeller som kan styrke samhandlingen rundt barn og unge med behov for et sammensatt tjenestetilbud. ASU peker på en erkjennelse om at samarbeidet rundt barn og unge med behov for et sammensatt tjenestetilbud må styrkes og forbedres på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen som er oppnevnt består av representanter for alle kommuneregioner i nordre Trøndelag, fra somatikk og psykiatri i HNT, Statsforvalteren, bruker- og fastlegerepresentasjon. Arbeidsgruppen skal beskrive hvordan helsefellesskapet kan utvikle barn og unges helsetjeneste, samt utarbeide konkrete forslag til tiltak, for å skape en sammenhengende helsetjeneste for barn og unge.

b) Samarbeid om den akuttmedisinske kjeden

Helseforetaket har hatt et stort prosjekt som har gått på utvikling av den akuttmedisinske kjeden. Dette har gått fra å være et sykehusprosjekt til i mye større grad involvere kommunene i arbeidet. Målsettingen er å utarbeide et helhetlig pasientforløp for akutt syke. For å sikre et felles eierskap til prosjektet er dette nå løftet inn i helsefellesskapet, slik at vi får et felles eierskap til arbeidet. Prosjektet skal svare ut oppdraget i NHSP til helsefellesskapene om å beskrive pasientforløpet for akutt syke og den akuttmedisinske kjeden.

IV. Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon og finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?



Den nasjonale støtten til helsefellesskapene har hatt en god progresjon siden avtalen om helsefellesskap ble inngått i 2019. Dette gjelder både en standardisering av “konseptet” helsefellesskap, og viktige rammevilkår som økonomisk tilskudd, styringsinformasjon for fire prioriterte pasientgrupper, samt kunnskaps- og informasjonsdeling på ulike arenaer. Samtidig har kanskje reformen med Helsefellesskap gått litt fort i svingene, dersom man ser landet under ett. Det er fortsatt stort “strek i feltet” mellom helsefellesskapene. HOD må være bevisste på de store forskjellene mellom helsefellesskapene i planleggingen av neste NHSP.

Det aller viktigste nasjonale myndigheter må gjøre for å støtte helsefellesskapene i å nå sine mål, er å gi lik støtte og en likeverdig behandling av kommunene og helseforetakene i det enkelte helsefellesskapet. Dette er en vanskelig øvelse når nasjonale myndigheter har direkte ansvar for spesialisthelsetjenesten, mens kommunene har ansvar for kommunehelsetjenesten. Reell og systematisk likeverdighet i helsefellesskap kan etter vårt syn bare oppnås dersom nasjonale myndigheter understøtter begge forvaltningsnivåene på lik linje. Likeverdigheten og samarbeidsklimaet i nordre Trøndelag er i stor grad godt, men vi ønsker likevel å løfte dette opp til at dette må bli ett bærende prinsipp gjennom hele neste NHSP.

Eksempel på behov for systematisk likeverdighet - Finansieringsordninger

I [NOU 2020:15 “Normannutvalget”](#) pekes på at dagens finansieringssystemer er til hinder for optimal tjenesteutvikling, både kvalitativt og økonomisk. Utvalget peker på at man bør sikte mot et finansieringssystem som støtter hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom offentlige virksomheter i helse- og omsorgstjenestene. Utvalget mener det vil utnytte ressursene bedre og ikke minst bidra til bedre tjenester hvis finansieringsordningen legger til rette for at inntektene følger pasienten. Det vil derfor bli nødvendig å se finansieringsordningene for både helseforetak og kommuner mer i sammenheng enn det som er tilfelle per dags dato.

Regjeringen har nedsatt et [offentlig utvalg som skal se på inntektssystemet for kommunene](#), inkludert begrunnelser for de regionalpolitiske tilskuddene. Ressurskrevende tjenester kan gi spesielt høye utgifter til små distriktkommuner. Det er viktig at neste NHSP følger opp det arbeidet som gjøres her, og at dette ses i sammenheng. Økonomisk likeverdighet blir vanskelig dersom ulike Stortingsmeldinger, offentlige utredninger, nasjonale planer og lignende blir motstridende eller usammenhengende. Her har nasjonale myndigheter en viktig jobb med samordning.

Normannutvalget peker på at systemendringer for finansieringsordninger vil kunne medføre økonomiske og administrative konsekvenser. Dette vil også gjelde for helsefellesskapene. Det er derfor viktig at helsefellesskapene forbereder seg på dette, og at de får støtte og bistand fra nasjonale myndigheter når dette kommer opp på dagsorden.

Tilskuddsordningene er ikke godt nok tilpasset for utviklingsprosjekter som går på tvers av kommuner og helseforetak. HOD må se på hvordan tildelinger slike felles prosjekter kan gjøres på en mest mulig hensiktsmessig måte i framtiden.

V. Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, Statsforvalteren) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?

KS:

KS er fast observatør i både PSU og ASU. KS i Nord-Trøndelag var en viktig aktør i samordning på kommunal side, og spesielt i etableringen av PSU. Det å få samordnet det politiske nivået i både kommunene og HNT har vist seg å være svært viktig. Regional inndeling at KS-regionene er ikke



samstemt med inndelingen av helsefellesskap, og dette kan være en utfordring. I tillegg fører situasjonsbildet med helsefellesskap per dags dato til at det er vanskelig for KS nasjonalt å ha en helhetlig tilnærming til alle helsefellesskap, når det er såpass stor forskjell i hvor langt de forskjellige helsefellesskapene har kommet i sin utvikling.

KS har på nasjonalt nivå tatt initiativ til felles møter om helsefellesskap for alle som innehar kommunale sekretariatsfunksjoner eller tilsvarende, samt for ansatte i KS som jobber opp mot helsefellesskap. KS følger også opp helsefellesskap med HOD gjennom konsultasjonsordningen. Dette kunne imidlertid vært kommunisert ut tydeligere, og her er det ett forbedringspotensial til å få samordnet innspill fra helsefellesskapene. Dette er en viktig “kanal” inn til nasjonale myndigheter, som kommunene ellers ikke har, men som helseforetakene har gjennom sine styringslinjer.

Regionale Helseforetak:

Helse Midt-Norge har vært, og er fortsatt en viktig bidragsyter for å etablere og følge opp ett felles samhandlingsnettverk mellom de tre helsefellesskapene i Midt-Norge. Her deltar også KS.

Statsforvalteren (SF):

Fylkeslegen har vært fast observatør i både Politisk- og Administrativt Samarbeidsutvalg (PSU og ASU) over mange år, og ellers en aktiv bidragsyter i helsefellesskapet og på mange enkeltområder i samarbeidet mellom kommuner og HNT.

[I tildelingsbrevet for 2021](#) fikk SF i oppdrag å bistå kommunene i etablering av helsefellesskap, bistå kommunene i deres arbeid for å nå målene for helsefellesskapene, og legge til rette for utveksling av erfaringer på tvers av kommuner slik at dette er etablert i alle helsefellesskap. I tillegg skulle SF rapportere på fremgangen i arbeidet med helsefellesskapene og gi en vurdering av eventuelle hindringer for godt samarbeid i disse, og samtidig vurderer likeverdigheten mellom kommuner og helseforetak i helsefellesskapene: Egen rolle i egen rolle opp mot helsefellesskapene.

[I tildelingsbrevet for 2022](#) fremheves det at det er viktig at SF prioriterer å støtte helsefellesskapene i arbeidet med å planlegge og utvikle tjenester til de fire prioriterte gruppene: barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Dette arbeidet må ses i sammenheng med annet langsiktig plan- og utviklingsarbeid både i kommuner og helseforetak.

Det er sannsynlig at det er forskjeller rundt om i landet på hvor aktive SF er inn i den operative delen av helsefellesskapene. Vi oppfordrer HOD til en sterkere nasjonal samordning og standardisering om SF sin utøvende rolle i helsefellesskap, og at dette blir forsøkt tydeliggjort i neste NHSP.

VI. Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027?

Inkludering av Fylkeskommunene

Fylkeskommunene (FK) må inkluderes i neste NHSP. FK har viktige sektorvirksomheter innenfor eller i tilknytning til helsesektoren, herunder:

- Den offentlige tannhelsevirksomheten
- Opplæring av helsefagarbeidere og annet pleiepersonell
- Regional plan- og kompetansestrategifunksjon
- Regional koordinering av forebyggende helsearbeid, spesielt folkehelsearbeid



FK er i tillegg til dette sterke regionalpolitiske aktører, med ett helhetlig ansvar for kompetanseplanlegging og samfunnsutvikling. Det vil være uheldig om disse utelates fra den helhetlige planleggingen av framtidens helse- og omsorgstjenester, spesielt med tanke på at dette også påvirkes av faktorer som ligger utenfor selve helsetjenestene.

[Fylkesutvalget i Trøndelag FK behandlet en sak om dette i 2020](#), med følgende enstemmige vedtak:

“Landets 11 nye FK (regioner) er store aktører innenfor og overfor helsesektoren, og har flere grensesnitt mot både kommunehelsetjenester og sykehus. FK bør derfor trekkes inn i Helsefellesskapene og i de nye samordnende planprosessene som der forutsettes etablert.”

Basert på erfaringer av samarbeidet med Trøndelag/Nord-Trøndelag fylkeskommune over mange år, faglige argumenter, samt ett klart politisk engasjement fra fylkeskommunen selv, bør FK roller, ansvar og myndighet tas med i NHSP og ses i sammenheng med helsetjenestene og utviklingen av framtidens tjenester for øvrig. Vi oppfordrer til at FK blir innlemmet som en part i helsefellesskapene.

3. Avsluttende merknader

Helsefellesskapet i nordre Trøndelag stiller seg positive til å bidra i prosessen videre med utarbeidelsen av NHSP 2024-27 dersom det er ønskelig.

Dette innspillet er vedtatt av felles både Politisk- og Administrativt Samarbeidsutvalg den 30. mars 2022.

Med hilsen

Hege Nordheim-Viken
Leder i Politisk Samarbeidsutvalg

Bjørn Ståle Aalberg
Leder i Administrativt Samarbeidsutvalg

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signaturer